

# 診断書作成上の留意点

様式第4号

(表 面)

## 特別児童扶養手当認定診断書

(知的障害・精神の障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日	平成 年 月 日生( 歳)	性別	男・女
住所		住所地の郵便番号 ( )	都道府県	市区	
① 障害の原因となった傷病名		ICD-10コード( )			
② 傷病発生年月	主な精神障害 平成 年 月	③ 合併症	精神障害	必須項目です。コードを必ずご記入ください (例: 中等度知的障害 F71)	
	合併精神障害 平成 年 月		身体障害		
⑤ 現病歴(陳述者より聴取)		陳述者の氏名	患者との続柄	④ ①のため初めて医師の診断を受けた日 平成 年 月 日	
ア 発病以来の病状と経過		イ 発病以来の治療歴 (病院名) (治療期間) (入院・外来別) (病名) (主な療法) (転歴) (ア) 年 月 ~ 年 月 入・外 (イ) 年 月 ~ 年 月 入・外 (ウ) 年 月 ~ 年 月 入・外 (エ) 年 月 ~ 年 月 入・外			
⑥ これまでの発育・養育歴等(出生から発育の状況や教育歴を陳述者より聴取の上、できるだけ詳しく記入してください。)	ア 発育・養育歴 具体的に記載をお願いします	イ 教育歴 乳児期 不就学 小学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 中学校(普通学級・特別支援学級) 高校(普通学級・特別支援学級) その他			
障害の状態(令和 年 月 日現症)					
現 症	現在の病状又は状態像		左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。		
	⑦ 知能障害等	1 知的障害 知能指数又は発達指数 (IQ・DQ) ) テスト方式 ( ) テスト不能	テスト不能の場合、その状況を記載してください		
		判定 ( 最重度、 重度、 中度、 軽度 ) 判定年月日 (平成・令和 年 月 日)	最新の検査結果をご記入下さい。 (有期再認定の方は、前回の診断書作成日以降直近の検査結果を記入してください)		
	⑧ 発達障害関連症状	2 高次脳機能障害 ア 失行 イ 失認 ウ 記憶障害 エ 注意障害 オ 遂行機能障害 カ 社会的行動障害	⑦-1 判定について 認定基準に沿って選択をお願いします。 おおむね IQ51~70→軽度 おおむね IQ36~50→中度 おおむね IQ21~35→重度 おおむね IQ20以下→最重度		
		3 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 ( )	⑦~⑪について 該当する項目がある場合、すべての項目にその程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。 (日常生活への支障の程度および頻度等)		
	⑨ 意識障害・てんかん	1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他 ( ) ・ てんかん発作のタイプ ( ) ・ てんかん発作の頻度 ((年間・月・週) 回程度)	該当する症状等がない場合、それぞれの欄を斜線で抹消してください。 該当する項目に具体的な記載がない場合は、返送することがあります。		
⑩ 精神症状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情の平板化 6 不安 7 恐怖 8 強迫行為 9 思考障害 10 心気症 11 中毒嗜癖 12 うつ状態 13 そう状態 14 その他 ( )				
⑪ 問題行動及び習癖	1 興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 自殺企画 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火・弄火 10 器物破壊 11 徘徊・浮浪 12 盗み 13 性的逸脱行動 14 排泄の問題 (尿失禁、便失禁、便こね、その他) 15 食事の問題 (拒食、異食、大食、小食、偏食、その他) 16 その他 ( )				
⑫ 性格特徴					

現 症	⑬ 日常生活能力の程度 (必ず記入してください)	1 食事 (全介助・半介助・自立) 2 洗面 (全介助・半介助・自立) 3 排泄 <small>せつ</small> (おむつ必要・おむつ不要) 全介助・半介助・自立 4 衣服 (脱げない・着れない・ ボタン不能・自立)	5 入浴 (全介助・半介助・自立) 6 危険物 (全くわからない・特定の物) 場所はわかる・大体わかる 7 睡眠 (夜眠らず騒ぐ・時々不眠) 寝ぼける・問題なし
	上記の内容を具体的に記載して下さい。		
	⑭ 必ず選択をお願いします	⑬ 1～7について、日常生活への適応状況等、具体的に記載をお願いします 日常生活能力の程度と総合判定に差異がある場合は、再確認することがあります。	
	⑭ 要注意度	1 常に嚴重な注意を必要とする 2 随時一応の注意を必要とする 3 ほとんど必要ない	
⑮ 医学的総合判定 (必ず記入してください)	⑮ 認定基準に沿って 重度・中度・軽度 を記載してください。 判定した根拠を明確に記載をお願いします		
⑯ 備考	児童の日常生活の困難度、治療の経過等、上記総合判定で判断した理由や、「備考欄」以外の欄に書き切れない事項について記載してください		

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。

令和 年 月 日

病院又は診療所の名称  
所在地

診療担当科名  
医師氏名



医療機関名・住所の記載抜かりが多いのでご注意ください。

押印抜かりが多いのでご注意ください。

記入上の注意

- この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。  
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。
- ④の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- ⑦から⑩までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲み、該当する症状等がある場合、すべての項目にその程度症状・処方薬等を具体的に記載してください。(日常生活への支障の程度および頻度等)。
- 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑦の欄に記入してください。最新の検査結果を記入してください。
- 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。
- ⑭の欄は、⑦から⑬までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。
- 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科名」は記入する必要はありません。